

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 13

L'allongement hypertrophique
du col de l'utérus
pendant la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ MALEVIELE

Né le 22 Septembre 1896, à Nîmes (Gard)



LYON

IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ, 46

—
1921

**L'allongement hypertrophique
du col de l'utérus
pendant la grossesse**

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen honoraire.....	M. HUGOUNENQ
Doyen	MM. J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales		ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD
Clinique ophtalmologique		TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....		X...
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.....		WEILL
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.....		POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....		LANNOIS
Chimie biologique		ROCHET
Chimie organique et Toxicologie.....		NOVE-JOSSERAND
Matière médicale et Botanique.....		CLUZET
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ
Anatomie		MOREL
Anatomie générale et Histologie.....		MOREAU
Physiologie		GUIART
Pathologie interne		LATARJET
Pathologie et Thérapeutique générales.....		POLICARD
Anatomie pathologique		DOYON
Médecine opératoire		COLLET
Médecine expérimentale et comparée.....		MOURIQUAND
Médecine légale		PAVIOT
Hygiène		VILLARD
Thérapeutique		ARLOING (F.)
Pharmacologie		Etienne MARTIN
		COURMONT (P.)
		PIC
		FLORENCE (A.)

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	VALLAS
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN
— — — Chimie minérale.....	BARRAL
— — — Accouchements	COMMANDEUR
— — — Urologie	GAYET

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	PATEL
Botanique	BRETIN
Embryologie	HOVELACQUE
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	HOVELACQUE	ROUBIER
BRETIN	FROMENT	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	THEVENOT (Lucien)	SARVONAT	MURARD
THEVENOT (Léon)	PIERY	FLORENCE (G.)	BONNET
TAVERNIER	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des
CADE	DUROUX	CORDIER	fonctions.
GARIN			

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. COMMANDEUR, *Président*; M. LERICHE, *Assesseur*;
MM. TRILLAT et BONNET, *Agrégés*.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1921-1922. — N° 13

L'allongement hypertrophique du col de l'utérus pendant la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 28 Novembre 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

RENÉ MALEVIELE

Né le 22 Septembre 1896, à Nîmes (Gard)



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS

46, RUE DE LA CHARITÉ, 46

—
1921

A MON PÈRE — A MA MÈRE

A MA SŒUR

A MA TANTE MADAME FOURNIER

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR

Accoucheur des Hôpitaux

*Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté de Médecine
de Lyon*

Il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.
Nous le prions d'agréer l'expression de
notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLAUCHU

Accoucheur des Hôpitaux

Il nous a inspiré le sujet de cette
thèse et nous a donné les matériaux de
notre travail. Nous le remercions du
bon accueil qu'il nous a toujours réservé
et nous lui adressons l'hommage de
notre profonde reconnaissance.

A MES MAÎTRES

A MES JUGES

Je dédie cette thèse.

INTRODUCTION

Morgagni semble être le premier auteur qui ait signalé l'allongement hypertrophique du col de l'utérus. Dans la XLV^e Lettre de son ouvrage *De sedibus et causis morborum*, il parle d'une femme chez laquelle il constata la présence dans le vagin d'un corps cylindrique qu'il reconnut pour être le corps de l'utérus. Segard, Buisson, Chelius ont également mentionné cette affection. Huguier, en 1859, dans un remarquable *Mémoire à l'Académie de Médecine*, a nettement défini et classé l'allongement hypertrophique du col. Depuis, de nombreux auteurs ont continué cette étude.

Huguier distingue deux sortes d'allongements cervicaux, suivant que l'hypertrophie porte sur la partie vaginale ou sur la partie sus-vaginale du col. Howitz, Martin, Priestley se sont occupés de l'allongement sus-vaginal. En réalité, il est presque impossible de différencier ces diverses variétés. Cliniquement, elles se confondent toutes avec l'allongement de la portion intra-vaginale du col.

La grossesse est assez rarement observée chez les femmes affligées de cette affection. Néanmoins, elle peut

se produire ; dans l'observation que nous publions, la malade est devenue enceinte immédiatement après son mariage.

Nous avons l'intention d'étudier les rapports de la grossesse et de l'allongement hypertrophique du col. Nous rappellerons les symptômes de l'affection ; nous examinerons son action sur la gestation et sur la marche de l'accouchement ; enfin, nous exposerons les moyens de traiter la dystocie qu'elle provoque.

CHAPITRE PREMIER

Symptômes, Diagnostic, Pathogénie

1° Symptômes

L'allongement hypertrophique du col reste complètement ignoré jusqu'à la défloration ; il ne s'accompagne d'aucun trouble. Après le mariage, l'issue du col hors du vagin est le symptôme capital, celui pour lequel les malades viennent consulter.

Après une période plus ou moins longue, la malade constate l'apparition entre les grandes lèvres d'une tumeur dure, rose, indolore. Cette tumeur n'est d'abord visible à la vulve que pendant les efforts et pendant la toux. Elle rentre sitôt que l'effort cesse ou dans la position couchée ; puis, peu à peu, elle progresse, s'exteriorise et s'installe de façon permanente.

Les malades se plaignent alors d'une gêne plus ou moins grande pendant la marche, de douleurs abdominales ou lombaires. Les rapports sont parfois douloureux. Les fonctions vésicales sont peu troublées. Chez

quelques femmes, les mictions sont devenues plus fréquentes. Les fonctions du rectum peuvent être altérées. Mais tous ces maux passent au second plan. Le symptôme qui domine, c'est l'issue du col hors de la vulve.

A ces signes qui relèvent directement de l'augmentation de volume du col, s'ajoutent d'autres phénomènes qui semblent surtout tenir à l'évolution d'une métrite concomitante. L'issue du col hors du vagin ouvre la porte à l'infection.

Si l'affection se développe lentement et que le col reste contenu dans le vagin, l'utérus n'éprouve aucun trouble dans ses fonctions. La partie hypertrophiée conserve sa sensibilité naturelle. Elle n'est le siège d'aucun élancement, d'aucune douleur ; les règles ont lieu normalement. Au contraire, si l'affection évolue avec une métrite intense, si la partie hypertrophiée fait saillie au dehors, les fonctions utérines sont plus ou moins altérées. Lorsque ces malades marchent ou restent longtemps debout, elles éprouvent des douleurs sourdes ou bien encore de véritables élancements dans l'utérus ou dans la partie saillante du col. Il se développe une ulcération à la partie inférieure du museau de tanche provoquant de l'œdème de la portion vaginale du col. Celui-ci est alors, non seulement allongé, mais hypertrophié.

Le col se présente sous la forme d'une tumeur allongée cylindroïde ou conoïde dont la longueur varie de quatre à sept centimètres. Son sommet arrondi, légèrement convexe, est percé en son centre d'une petite ouverture circulaire, étoilée, ou dirigée transversalement. Quelquefois, c'est l'une des lèvres seulement qui est le siège du développement hypertrophique. La tumeur forme

alors une languette épaisse au sommet de laquelle on ne trouve pas d'ouverture. L'autre lèvre est restée à l'état ordinaire ou, le plus souvent, atrophiée en un croissant très mince dont la concavité est dirigée en bas et limite l'ouverture du col qui offre transversalement quinze à vingt centimètres d'étendue.

Au toucher vaginal, le doigt, au lieu de trouver au fond du canal un mamelon arrondi, saillant, ayant la forme et la résistance du col utérin, rencontre une tumeur allongée de volume variable. De plus, « il reconnaît, écrit Huguier, que l'extrémité supérieure du canal est placée aussi haut ou presque aussi haut qu'à l'état normal. » Les culs-de-sac vaginaux ont conservé leur profondeur habituelle. Le corps utérin n'a pas changé, ni dans sa direction, ni dans sa position. Mais il forme avec le col, non plus un angle très obtus, comme il est habituel de l'observer, mais un angle presque droit. L'hystérométrie montre que la longueur de l'utérus est augmentée.

Modifications statiques apportées par la grossesse

La grossesse survenant dans cet utérus a pour résultat d'augmenter le volume du col utérin et d'augmenter son antéverson.

Par suite de la congestion plus ou moins œdémateuse dont la grossesse est l'origine, les phénomènes d'allongement et d'hypertrophie signalés plus haut se multiplient. Le col devient beaucoup plus volumineux et forme une sorte de gros cylindre empâté qui remplit presque tout le conduit vaginal. En outre, il s'allonge encore et son issue

hors de la vulve est de plus en plus marquée. Le museau de tanche se ramollit ; mais ce ramollissement est voilé par les phénomènes inflammatoires que présente le col hors de la vulve. Le col, pincé dans le vagin, donne la sensation d'une tige dure ; les néoformations de fibres musculaires et les phénomènes congestifs ou œdémateux expliquent ce fait.

Plus tard, vers le sixième ou le septième mois, le segment inférieur se forme progressivement. Il semble que l'utérus gravide, dans toute sa portion sus-cervicale, se développe d'une façon exactement semblable à celle d'un utérus à col normal. Quand le segment inférieur est assez souple pour permettre l'engagement de la présentation, celle-ci descend peu à peu dans l'excavation. Le col est, pour ainsi dire, expulsé du vagin ; il sort de plus en plus à l'extérieur ; le museau de tanche forme une sorte de battant de cloche volumineux, piriforme, présentant une zone rétrécie au niveau de l'orifice vulvaire. Le refoulement du col dans le vagin est toujours plus ou moins facile. Mais, dès qu'on cesse cette manœuvre, le col fait de nouveau hernie comme précédemment.

Tous ces symptômes s'accusent à mesure que la grossesse avance et arrive au voisinage du terme. L'issue du col s'exagère, surtout si la tête s'est profondément engagée, comme il est normal de le voir chez les primipares. Il ne semble pas que l'allongement hypertrophique du col soit, par lui-même, un obstacle à l'engagement de la présentation.

En même temps, l'utérus augmente son antéversion : l'angle formé par la face antérieure du corps et la direction générale du col devient moins obtus.

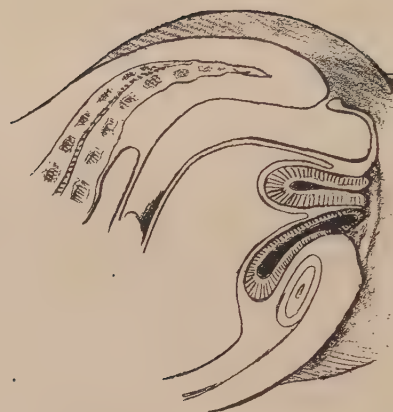
A mesure que ces phénomènes anatomiques se développent, des troubles fonctionnels s'accusent. L'orifice externe est le siège d'une sécrétion abondante, rendant constamment humide la région génitale. Le col, boursoufflé, œdémateux, devient lui-même douloureux. Les mouvements de locomotion sont gênés. Un intertrigo crural s'installe. La femme, diminuée dans son activité physique et dans son activité génitale, considère avec un certain découragement ces modifications locales et demande un soulagement.

Pendant ce temps, les fonctions vésicales et intestinales ne paraissent pas subir grande gêne : la malade a des mictions et des évacuations rectales qui ne sont pas différentes de celles que l'on observe dans une grossesse normale. A part les modifications psychiques que cette affection impose à la malade, il ne semble pas que l'état général soit notablement influencé par ces accidents locaux.

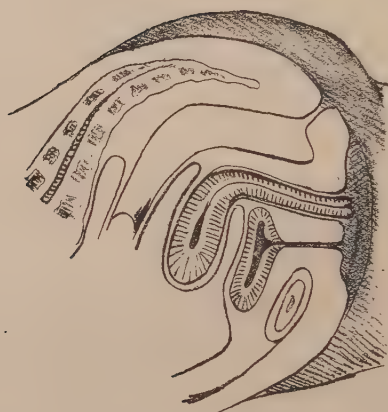
2° Diagnostic

La description que nous venons de faire s'applique au type pur, dont nous voulons, plus particulièrement nous occuper : c'est celui que l'on constate chez une primipare. Des accouchements antérieurs n'ont pas encore modifié le plancher périnéal ; le prolapsus ne paraît pas devoir être mis en cause chez une femme jeune. D'ailleurs, nous insistons sur ce fait que le corps de l'utérus n'est pas abaissé en prolapsus et qu'il a conservé sa situation et son attitude normales.

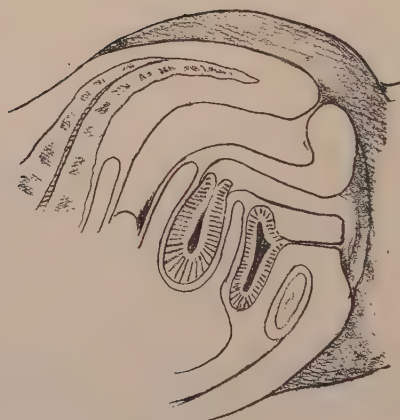
Des considérations qui précèdent, la question du diagnostic est notablement simplifiée. Il sera difficile de confondre l'allongement hypertrophique du col, chez une



PROLAPSUS UTÉRIN



ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE
DU COL



UTÉRUS NORMAL

primipare, avec un prolapsus qui a beaucoup de chances de ne pouvoir exister. Ce n'est donc que chez la multipare âgée que le problème pourrait se poser. Mais, dans le prolapsus, à la période pendant laquelle le col seul fait hernie à la vulve, on ne saurait comparer le certain degré d'allongement qui peut exister avec celui que l'on rencontre dans l'affection qui nous occupe. Le corps de l'utérus est abaissé. Les culs-de-sac vaginaux ont leur hauteur diminuée ou même sont effacés. Au contraire, dans l'allongement hypertrophique, ces culs-de-sac ont conservé leur profondeur habituelle ; le fond de l'utérus est, à peu près, à sa hauteur normale. Dans le prolapsus, immédiatement au-dessus de la région isthmique on sent le corps utérin, très bas dans l'excavation, affleurant à l'orifice vulvaire ou tendant à faire hernie au dehors ; ou même, dans le prolapsus total, il est complètement extériorisé. Le plancher mou du bassin est plus ou moins effondré par des déchirures périnéales antérieures ; la vessie en avant, le rectum en arrière ont été entraînés dans la descente du corps utérin. Si l'on réduit artificiellement le prolapsus et que l'on refoule l'utérus dans le vagin, on retrouve, à part un boursoufflement marqué de la portion vaginale, les rapports normaux de longueur entre le col et le corps.

Enfin, quand la grossesse a atteint un volume tel qu'elle soit forcée de devenir abdominale, l'utérus, suspendu par son volume au-dessus du détroit supérieur, ne peut plus descendre dans l'excavation. Le col, peu à peu, reprend la physionomie absolument normale qu'il aurait dans une grossesse ordinaire. Si, au contraire, l'utérus gravide s'est développé hors de la vulve, l'énorme

tumeur qui est prolabée à l'extérieur ne peut vraiment pas être confondue avec l'allongement hypertrophique du col.

L'allongement œdémateux du col, décrit par Guéniot, accident très rare et que l'on n'a presque jamais l'occasion de constater, paraît être un phénomène tout à fait différent. Il apparaît habituellement à la fin de la grossesse ou pendant le travail. C'est un accident aigu, intermittent, qui survient généralement à la suite d'un effort repoussant le segment inférieur dans le bassin et entravant ainsi la circulation veineuse du col. Une cause quelquefois insignifiante, un mouvement brusque, un accès de toux peuvent provoquer son apparition. L'affection disparaît presque aussi facilement qu'elle est venue, mais dans bien des cas se répète au cours de la même grossesse.

Le col devient violacé, hypertrophié, œdémateux. On le voit sortir à la vulve sous forme d'un gros cylindre plus ou moins long. Sa mollesse le rend réductible. Cette réduction est facile et peut s'opérer dès que la femme est mise dans le décubitus dorsal. L'apparition de la tumeur s'accompagne de symptômes fonctionnels inconstants et peu graves : gêne de la miction, de la défécation, sensation désagréable de corps étranger sortant de la vulve, suintement séreux ou séro-sanguinolent. Après l'accouchement, le col ne présente plus rien d'anormal.

L'allongement œdémateux du col est, en résumé, une affection aiguë, passagère, qui provoque le développement rapide d'une tumeur molle et réductible. L'allongement hypertrophique vrai par sa tumeur de consistance ferme et peu réductible, par son évolution lente et sans tendance à la régression, pourra en être facilement distingué.

Ces états pathologiques sont très différents au point de vue anatomique, mais ils peuvent exister simultanément chez la même femme. C'est ainsi qu'un utérus prolabé peut, en même temps, être atteint d'hypertrophie cervicale, ou qu'un col primitivement hypertrophié peut s'œdématier d'une façon aiguë, au cours de la gestation. Mais ces différentes affections ne sont souvent pas cliniquement analysables. Elles paraissent d'ailleurs si rares que l'on est autorisé à n'en pas tenir compte pratiquement.

3° Pathogénie

L'allongement hypertrophique du col a été rattaché à deux origines.

On a remarqué que les femmes affligées d'un allongement hypertrophique présentaient également des lésions du vagin ou du col, portant soit sur la muqueuse, soit sur le tissu propre. Nous faisons allusion à ces vieux cols métritiques chez lesquels il y a un certain degré d'allongement. Ces lésions sont-elles l'origine ou la conséquence de l'affection ? La portion du col qui sort hors de la vulve a de grandes chances de s'infecter et d'occasionner une partie des lésions qui ont été observées. Mais on peut s'en tenir à la deuxième hypothèse, si les lésions sont antérieures au développement de l'affection ; on comprend aisément que l'infection puisse produire de l'œdème inflammatoire, de l'augmentation du tissu fibreux et, par suite, l'accroissement de volume de l'organe. L'allongement hypertrophique du col serait un type particulier de métrite cervicale.

D'autre part, il existe de gros cols qui n'ont pas de cause connue. Ils se sont développés en dehors de toute infection, lentement, insensiblement, sans accident. Quelquefois, on les a constatés en même temps que d'autres malformations utérines. Il semble donc qu'on puisse les considérer comme des anomalies de développement de l'utérus, soit au cours de la vie intra-utérine, soit au cours de la puberté. Le cas pur est celui de la femme qui ignore complètement son affection jusqu'à son mariage.

Quelle va être l'action de la grossesse sur un col anormalement gros pour l'une ou l'autre de ces raisons ?

Physiologiquement la grossesse augmente le volume du col qui s'élargit et s'allonge en même temps que croît l'utérus. Les fibres musculaires de la portion cervicale de l'utérus s'hypertrophient aussi bien que celles du corps. L'hypernutrition dont l'utérus est alors le siège, la difficulté du reflux veineux et lymphatique sont autant de causes qui tendent à augmenter le volume du col. Des autopsies, des coupes sur sujets congelés arrivés au huitième et neuvième mois de la grossesse ont montré, en effet, que la longueur moyenne du col était alors de 4 à 5 centimètres au lieu de 2 à 3 centimètres, longueur normale du col hors de la grossesse (Pinard). Ce sont là des modifications bien connues.

La grossesse a donc pour effet d'augmenter dans des proportions notables le volume du col normal ; il en sera de même pour le col pathologique. La grossesse provenant chez une femme possédant déjà un col hypertrophié produira son effet habituel. Le col subira l'action hypertrophiante de la grossesse. Les mêmes causes qui agissent sur le col normal pour augmenter son volume vont encore

exagérer les dimensions de ce col anormalement gros.

Ainsi un col atteint d'allongement hypertrophique, mais qui, avant la grossesse, avait toujours été contenu dans le vagin et n'avait donné lieu à aucun trouble fonctionnel, va se révéler au cours de la gestation. Il s'allongera et, dans certains cas, augmentera suffisamment son volume pour apparaître à la vulve et faire connaître son existence.

En résumé, la grossesse ne crée pas l'allongement hypertrophique du col. Elle n'est qu'une cause adjuvante qui favorise son évolution. Son action d'hypertrophie physiologique se développant sur un organe déjà anormalement gros aura pour résultat d'aggraver, de rendre visible un état pathologique antérieur.

CHAPITRE II

La Gestation et l'Accouchement

La gestation. — L'allongement hypertrophique du col ne se rencontre pas souvent en coïncidence avec la grossesse. L'excès de volume du col, surtout lorsqu'il est très allongé, a une forme conique ou fait saillie à la vulve, apporte en effet un obstacle sérieux à la fécondation. Néanmoins, il n'entraîne pas forcément la stérilité. Lorsque la grossesse survient chez une femme atteinte de cette affection, elle évolue normalement jusqu'à terme ; elle ne détermine qu'une sensation de pesanteur et un certain degré de hernie du col. Comme nous l'avons déjà vu, son seul rôle sera d'augmenter le volume du col et quelquefois de révéler une affection qui, jusqu'alors, était resté inaperçue. Jusqu'au début du travail, elle n'entraîne aucun accident sérieux.

L'accouchement. — A la fin de la gestation, le col se présente sous la forme d'un long cylindre, souvent visi-

ble à la vulve. Sa consistance est variable. Bien que la grossesse soit arrivée près du terme, il n'a jamais le ramollissement complet que l'on voit ordinairement. Il reste toujours dur et résistant.

Lorsque le travail a commencé, le col a une tendance à rentrer dans l'orifice vulvaire. La portion vaginale du col contribue, en effet, aux phénomènes de dilatation qui sont imposés par les contractions ou par la pression de la poche des eaux. La partie saillante n'est d'abord plus visible pendant les contractions ; puis elle disparaît d'une façon constante durant toute la durée du travail.

Pendant le travail le col a deux fonctions : il s'efface et se dilate. Comment ce double rôle sera-t-il rempli dans le cas d'un col hypertrophié ?

1° Le mécanisme de l'effacement du col joue. Le col se raccourcit, comme dans le travail ordinaire, et tend à s'effacer. Mais, comme la portion du col qui doit subir cette transformation est très longue et très résistante, ce n'est que par un travail prolongé, par des efforts successifs et permanents que l'effacement à peu près total peut s'effectuer. Dans l'observation de M. le docteur Plauchu, quarante heures ont été nécessaires pour que le col ait atteint un effacement suffisant pour permettre des incisions. Sa longueur était de 6 à 8 cm. au début du travail ; trente-deux heures après il mesurait encore 1 cm. 5. Dans l'observation de Sauvage, il a fallu vingt heures de travail énergique et régulier avant d'arriver à l'effacement complet. Le plus souvent l'effacement complet n'est point atteint, car l'on est obligé d'intervenir avant. Le col est simplement raccourci.

D'autre part, l'effacement est irrégulier. Il ne se fait

pas avec la même vitesse en tous les points du col. Dans l'observation de M. le docteur Plauchu, il a été noté que le col est dur et épais, surtout au niveau de la lèvre antérieure dont l'effacement semble ainsi en retard. Six heures après, le col conserve encore en avant une épaisseur plus forte que sur les bords.

A mesure que le col se raccourcit et s'efface, le segment inférieur se développe dans des proportions exagérées ; il s'amincit considérablement et vient prendre contact, coiffant la présentation et la poche des eaux, avec le plancher mou du bassin.

2° Mais l'effacement du col n'arrive jamais à être absolu. Le col garde toujours au niveau de son orifice externe un bourrelet saillant entourant l'orifice, contrastant par sa dureté avec l'amincissement et la souplesse du segment inférieur. Ce bourrelet forme, après un travail prolongé, une sorte d'anneau dur, de résistance fibreuse qui est un obstacle plus ou moins complet à la dilatation qui doit succéder à l'effacement.

De plus, grâce à la surdistension du segment inférieur, cette zone du col se trouve prise, à chaque contraction utérine, entre deux forces adverses qui se neutralisent ; l'une, dirigée de haut en bas, tend à appuyer la présentation sur le col ; l'autre, dirigée de bas en haut, correspond à la force de résistance du plancher mou. Il en résulte que la dilatation n'arrive qu'à s'ébaucher. Mais, ainsi que nous l'avons constaté, malgré un travail prolongé et des contractions utérines très actives, elle ne se poursuit pas au delà d'une certaine limite. Elle est gênée par une véritable rigidité anatomique du col.

Dans l'observation de M. le docteur Plauchu, après.

trente-deux heures de travail, l'orifice externe est fermé; après quarante heures le col n'est dilaté que de 3 cm. Dans celle de Benicke, après un très long travail, la dilatation est juste suffisante pour admettre le doigt. L'obstacle à la dilatation semble dû, comme l'indique cet auteur, à « un orifice externe rendu rigide par un processus infectieux ». — Ce fait est très net : si par des incisions on supprime cette zone épaisse et fibreuse, le canal cervico-segmentaire, ainsi réduit à sa zone amincie, n'apporte plus d'obstacle à la dilatation. Celle-ci se complète plus ou moins rapidement et permet le passage du fœtus, soit spontanément, soit à l'aide d'une intervention simple.

Cette lenteur de l'effacement et cette impossibilité de la dilatation aboutissent à un travail prolongé qui, lui-même, peut être la cause d'un œdème secondaire qui vient ajouter son obstacle à celui produit par l'anneau fibreux dont nous venons de parler.

En résumé, l'effacement et la dilatation sont lents et incomplets. Ce sont ces deux caractères qui vont être la cause de la dystocie.

On comprend que, dans ces conditions, il soit presque impossible d'espérer une dilatation naturelle du col et une issue spontanée de l'accouchement. Celle-ci n'est pas impossible, mais elle est cependant exceptionnelle. Presque toujours, des moyens obstétricaux plus ou moins variés devront être employés pour parer à cette dystocie particulière du col (qui ressemble beaucoup à celle produite par la rigidité anatomique vraie).

Si l'on n'intervient pas de quelque manière, l'utérus, lassé par des efforts infructueux, finit par tomber dans

une période d'inertie. C'est un cas rare. Néanmoins, Griffith en a publié une observation ; le travail s'étant prolongé avec des contractions utérines exagérées, la lutte contre un obstacle invincible avait abouti à une rupture utérine. Dans un autre cas, l'énergie a été suffisante pour triompher de cette barrière, non plus par une dilatation régulière et physiologique, mais par une véritable effraction du col, par une déchirure qui a permis la terminaison spontanée de l'accouchement.

Pronostic de l'accouchement

En général, les auteurs apprécient assez sévèrement le rôle de l'hypertrophie du col au moment du travail. Quelques-uns pensent que l'accouchement se fait facilement. D'autres, le plus grand nombre, s'étendent sur les difficultés et les diverses interventions que nécessite la gravité de la dystocie.

Fritsch a constaté plusieurs fois, qu'au moment de l'accouchement la longue portion vaginale du col hypertrophié disparaissait. Aussi s'abstient-il de toute intervention. Roper, Sauvage, ont également publié chacun une observation d'accouchement spontané. Ce dernier conclut que l'on ne doit pas se hâter d'intervenir.

A côté de ces auteurs optimistes, Tarnier pense que le pronostic peut devenir sérieux pour la mère à cause de la marche particulière de l'accouchement qui, rarement, se termine spontanément. Il est grave pour l'enfant qui succombe fréquemment pendant un travail trop prolongé.

Granger, Poper, Bouilly, Muller, Truzzi, Fleischmann rapportent des cas qui se sont terminés par la craniotomie.

Boni a publié une statistique de seize cas. Sur seize accouchements, il y eut quinze interventions par dilatation digitale, incisions du col, extraction du fœtus par forceps, craniotomie, césarienne.

Nous même avons réuni dix-sept cas d'accouchement. Nous y relevons quinze accouchements dystociques et deux accouchements spontanés — dont l'un s'accompagne d'une déchirure du col après vingt heures de travail.

Le tableau est peut-être plus sombre que ne l'est la réalité par ce fait que ce sont surtout les cas malheureux qui ont été publiés. Néanmoins, il semble bien que l'allongement hypertrophique du col crée de graves difficultés à la marche du travail et fasse courir des dangers sérieux à la vie du fœtus.

On voit que le pronostic a été très diversement apprécié suivant les cas plus ou moins heureux que le hasard a fait rencontrer. Chaque auteur, d'une façon générale, a une expérience extrêmement minime de ces cas. Les formes pures sont si exceptionnelles, qu'il est rare pour chaque auteur, pris en particulier, d'avoir l'occasion d'en observer plusieurs et de les conduire suivant son idée personnelle. On ne trouve que des publications de cas isolés.

Mais, si nous nous reportons aux 17 observations que nous avons réunies, nous constatons que si 8 cas se sont terminés d'une façon relativement simple et sans dystocie grave, beaucoup d'autres ont abouti, soit à des interventions prématurées, soit à des interventions intempestives

qui se sont accompagnées de situations graves et de dystocies sévères. Ces dystocies, à part un cas signalé de rupture utérine et deux cas de mort par infection puerpérale, ont pu être traités par des moyens relativement simples et sans grand dommage pour la mère.

Il semble que le pronostic soit surtout lié à la patience et à la faculté d'expectative de l'observateur. Les difficultés capitales furent provoquées par des interventions un peu trop précoces, par la crainte de déchirures cervico-segmentaires ou par l'adoption trop facile d'une intervention chirurgicale.

Quoiqu'il en soit, voici, au point de vue de la terminaison de l'accouchement, du pronostic maternel et du pronostic fœtal, le résumé des 17 observations que nous avons pu réunir :

Voir le tableau ci-contre :

AUTEURS	DURÉE DU TRAVAIL	INTERVENTION	SORT DE LA MÈRE	SORT DU FŒTUS
PLAUCHU (Obs. I).....	40 h.	Incisions. Forceps	Guérison	Enfant vivant
BENICKE (Obs. II).....	24 h.	Dilatation artificielle Incisions. Forceps	Guérison	Enfant vivant
BALOCCHI	48 h.	Incisions. Forceps	Mort par infection puerpérale	Enfant vivant
BARNES	52 h.	Incisions. Dilatation artificielle. Forceps	Guérison	Enfant vivant
WEISENBERG (Obs. III).....	36 h.	Dilatation artificielle Incisions. Forceps	Guérison	Enfant vivant
SMITH	24 h.	Forceps	Guérison	Enfant vivant
ROPER	Rapide	Accouchement spontané	Mort par pyohémie	Enfant vivant
WELLS	19 h.	Dilatation artificielle	Guérison	Enfant vivant
SMITH	Long	Forceps	Guérison	Enfant vivant
SAUVAGE (Obs. IV)	20 h.	Accouchement spontané	Déchirure du col	Enfant vivant
GRIFFITH (Obs. V)	»		Mort par rupture utérine	Enfant mort
GRIFFITH (Obs. VI).....	30 h.	Forceps	Mort par infection puerpérale	Enfant mort
RIBEMONT-DESSEIGNES	»	Césarienne conservatrice à 7 mois	Guérison	Enfant mort
ROPER (Obs. VII).....	30 h.	Craniotomie	Guérison	Enfant mort
BOUILLY	24 h.	Basiotripsie	Guérison	Enfant mort
TRUZZI	»	Craniotomie		Enfant mort
FLEICHMANN	»	Craniotomie		Enfant mort

CHAPITRE III

Traitement

Le pronostic, qui paraît sombre d'après nos documents, peut-il être amélioré par une conduite spéciale de l'accouchement ? Un fait nous a essentiellement frappé, dans notre observation : c'est que, après une expectative prolongée pendant cinquante heures, l'effacement du col avait fini par se produire : le segment inférieur s'était aminci et assoupli ; il ne restait sur le pourtour de l'orifice cervical non dilaté, qu'un bourrelet fibreux, dur, indilatable, mais peu étendu. Ce bourrelet fibreux supprimé, la souplesse du segment inférieur permettait facilement de compléter la dilatation. La femme était placée dans des conditions, sinon d'un accouchement spontané, du moins d'une intervention simple et peu dangereuse comme une application de forceps.

Ces considérations étant exposées, voici comment nous concevons le traitement. Celui-ci doit être envisagé :

- 1° Pendant la grossesse ;
- 2° Pendant le travail ;
- 3° Après l'accouchement.

1° Pendant la grossesse

Il ne paraît pas douteux que, même si le col fait une hernie très accusée hors de la vulve, il n'y ait jamais lieu, en aucune façon, d'intervenir chirurgicalement. L'amputation de ce col, outre qu'elle compromettrait la grossesse, pourrait créer au niveau des zones de suture, du tissu fibreux qui serait lui-même une cause de dystocie plus ou moins grave au moment de l'accouchement. Il est infiniment préférable de laisser évoluer la grossesse jusqu'à terme en se contentant de soins d'asepsie externes et, au besoin, si le col est ulcéré, de pansements au vin aromatique.

2° Pendant le travail

L'expectative prolongée doit être pratiquée. Nous avons remarqué que, dans la plupart des cas qui se sont terminés de façon grave (craniotomie, césarienne), l'intervention a eu lieu au bout de vingt heures de travail environ. Peut-être n'a-t-on pas laissé au col le temps suffisant pour arriver au maximum d'effacement. Le plus souvent dans les observations, où le travail a duré trente, quarante, cinquante heures, l'accouchement s'est terminé assez heureusement par des incisions du col et des applications de forceps. Cette expectative pratiquée sans grand danger pour la mère, ni pour l'enfant, permet d'attendre deux et même trois jours ; on se trouvera

alors en présence d'un simple anneau fibreux, peu étendu, d'environ 1 cm. à 1 cm. 1/2 de largeur. C'est sur cet anneau qu'il faut faire porter les incisions du col. On pratiquera, de préférence, deux incisions latérales, de telle façon qu'elles atteignent juste la limite extrême de l'anneau fibreux et la naissance du segment inférieur. Une nouvelle expectative de quelques heures permettra alors d'espérer une dilatation suffisante, soit pour attendre la terminaison spontanée, soit pour achever l'accouchement par une intervention simple. Il est inutile d'ajouter que l'on se tiendra prêt à parer aux hémorragies traumatiques qui pourraient survenir. Si cela est nécessaire, la suture des incisions sera faite. Dans le cas que nous avons observé, il n'y a pas eu de déchirure étendue du col, ni d'hémorragie importante.

3° Après l'accouchement

Les suites de couches devront être conduites comme pour un accouchement spontané. L'infection puerpérale, si elle existe, sera traitée par les moyens habituels.

La question d'un traitement direct de l'hypertrophie du col ne se posera que quelques mois après l'accouchement. A ce moment il sera fréquent de constater l'issue permanente hors de la vulve, de la partie inférieure du col. Cette issue du col et la gêne qu'elle provoque, les sécrétions qui l'accompagnent sont très pénibles et très désagréables pour la femme. Nous nous souviendrons toujours de la tristesse profonde qui avait envahi notre malade en se voyant ainsi diminuée dans ses aptitudes féminines. Après avoir porté pendant trois mois un pes-

saire qui cependant la soulageait un peu, elle réclama avec insistance une intervention chirurgicale.

Cette intervention ne peut être que l'amputation du col. Cette amputation que l'on pratiquera par le procédé de Simon plutôt que par le procédé de Schroeder, devra porter, non pas très haut sur l'isthme lui-même, mais sur la portion du col qui est immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire. Elle sera conduite avec le plus grand soin et l'asepsie la plus rigoureuse. Il faut éviter l'insuccès des sutures et la cicatrisation en surface qui aboutirait fatalement à la production d'un anneau fibreux, source de futures dystocies.

CHAPITRE IV

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Allongement hypertrophique du col. — Incisions du col.

(Maternité de l'Hôtel-Dieu de Lyon. Service
de M. le docteur PLAUCHU.)

Madame M..., 25 ans.

Salpingite en mars 1919, pendant trois semaines, traitée et guérie par moyens médicaux.

Dernières règles le 27 août 1920.

Après les deux premiers mois de grossesse, la malade remarque une saillie du col utérin. (Le docteur, qui avait soigné la malade pour sa salpingite, lui en avait signalé l'allongement anormal). L'orifice cervical était environ à deux centimètres de la vulve. Aucune gêne dans les rapports.

Depuis le deuxième mois, l'hypertrophie du col s'est progressivement accusée, ce dernier s'extériorisant de plus en plus.

En mars 1921, elle voit le docteur Plauchu qui diagnostique un allongement hypertrophique du col et note une ulcération des lèvres du col. La malade accuse une gêne légère de la marche disparaissant par le port d'un pansement contentif.

8 juin. — Début des douleurs le 9 juin, à une heure. Douleurs très fortes à partir de sept heures du matin. Le col est toujours visible comme pendant la grossesse.

12 heures : Même état. Col aussi saillant. Fortes douleurs continues.

13 h. 1/2 : Le col s'élève légèrement et disparaît pendant les douleurs.

15 h. : Le col est moins proéminent ; la lèvre antérieure est seule visible à la vulve. La malade, agitée, pousse des cris continus.

17 h. : Toucher. Tête en OIGT dans l'excavation. Segment inférieur surtout aminci en avant. Le col reste long de quatre centimètres environ. La lèvre antérieure est plus épaisse. Le médius pénètre sans gêne dans l'orifice cervical.

Douleurs continues, surtout lombaires.

20 h. : On donne un lavement avec deux grammes de chloral. Les douleurs se calment jusqu'à 23 heures.

24 h. : Nouvelles douleurs. Le col est toujours visible à la vulve. La malade se plaint de douleurs au niveau du col et au niveau des reins.

Toucher. La lèvre postérieure du col s'est retirée un peu, mais la lèvre antérieure toujours épaisse, œdématisée, est pincée entre le pubis et la tête fœtale.

10 juin. — 9 h. : Pendant trente-deux heures, la malade a eu des contractions utérines régulières, très rapidement fortes toutes les trois, quatre, cinq minutes. Pendant toute la nuit du 9 au 10, cris aigus.

Ces douleurs ont été atténuées à deux reprises par des lavements de chloral, mais elles ont continué toujours très régulièrement. Ce long labeur de contractions utérines a déterminé les modifications suivantes : jusqu'à la trentième heure environ, le col est resté extérieur, ébauchant simplement un petit mouvement de retraite pendant la contraction utérine. A partir du 10, à 7 heures, le col n'apparaît plus.

Un toucher pratiqué à 9 heures montre :

1° que la tête fœtale qui était en haut de l'excavation au début du travail, touche maintenant le plancher mou du bassin ;

2° que le segment inférieur est extraordinairement aminci et s'étend jusqu'à l'extrême limite de la voûte vaginale ;

3° que le col, pendant tout ce long travail, ne s'est pas complètement effacé. Il s'est simplement raccourci et sa longueur, de six à huit centimètres au début du travail, n'est plus actuellement que d'un centimètre et demi. L'orifice externe est normalement fermé comme auparavant. La sensation donnée par le col est celle d'une dureté œdémateuse formant autour de l'orifice une sorte de bourrelet qui tranche très nettement sur la sensation très amincie du segment inférieur. Ce bourrelet est surtout dur au niveau de la lèvre antérieure qui semble, pour ainsi dire, être en retard au point de vue de l'effacement;

4° la poche des eaux est intacte : le fœtus vivant. Bruits du cœur normaux.

Etat général de la malade : bon. Pas de dyspnée, pas d'accélération du pouls : 86, pas de surmenage obstétrical, pas de ballonnement abdominal. Etat de lassitude et de découragement très compréhensible après trente-deux heures de douleurs aiguës.

15 h. : Depuis 9 heures, les douleurs ont continué régulièrement un peu espacées et moins fortes.

La malade est toujours dans la même situation; le pouls est notablement plus accéléré : 104. Etat général moins brillant.

15 h. 1/2 : L'examen montre que le col est enfin notablement effacé. Il existe un bourrelet péricervical d'un demi-centimètre environ, assez dur, assez épais. Mais l'orifice cervical qui était encore fermé pendant la matinée, est actuellement dilaté à trois centimètres. La tête est toujours dans la même position et la poche des eaux bombe à travers l'orifice pendant la contraction.

En avant, le col a encore une épaisseur plus forte que sur les côtés. Il y a là comme une ébauche de col en forme de tapis.

Dans le but de hâter cette longue période de dilatation, on fait trois incisions d'un centimètre et demi d'étendue sur ce bourrelet dur, circulaire, soit : une incision en arrière et deux latérales atteignant la zone amincie du segment inférieur. Ces incisions ont tranché dans un tissu très dur, d'apparence scléreuse, le ciseau criant sous l'incision. Aucune hémorragie ne les a suivies.

Ces incisions une fois faites, il ne reste plus comme obstacle que le segment inférieur extrêmement aminci. Bien que la dilatation réelle, obtenue par les incisions, dépasse à peine 2 francs, elle se complète très rapidement. A 5 heures du soir la malade

se met à pousser : la dilatation est complète. La malade pousse encore énergiquement mais sans grand succès. A 8 heures cependant, c'est-à-dire trois heures après, les cheveux apparaissent à la vulve, mais l'anus ne bâille pas. Il n'y a pas d'ampliation périnéale. Vraisemblablement un obstacle doit expliquer cet arrêt de la progression fœtale.

Un toucher pratiqué montre que cet obstacle est d'origine fœtale et que la tête s'est placée en occipito-sacrée. Elle n'est pas coincée, mais au contraire très mobile. Une application de forceps est décidée autant dans le but de pratiquer la rotation que dans celui de l'extraction.

Anesthésie. Première prise en occipito-sacrée servant de prise de rotation. Rotation sur l'axe des cuillers facile jusqu'en OIGA. Désarticulation. Application immédiate d'une deuxième prise en gauche transverse. Extraction. Légère hémorragie traumatique qui ne tarde pas à s'arrêter, venant d'ailleurs en partie du mode de délivrance (mécanisme Duncan). Terminaison sans incidents.

13 juin : La malade va bien. Pas d'issue du col à la vulve.

15 juin : Le col ne fait pas issue à la vulve, mais il est immédiatement en arrière de celui-ci. L'orifice externe est bien dessiné et présente la trace des trois incisions faites pendant l'accouchement. Ces incisions ont aujourd'hui un centimètre et demi de profondeur. La lèvre antérieure est toujours plus saillante et en forme de lèvre de tapir.

Lorsqu'on introduit le doigt dans le cul-de-sac antérieur, on arrive à l'angle de coudure du corps et du col antéfléchi. La longueur du col est de sept à huit centimètres. Dans l'ensemble, le col forme une grosse tumeur allongée, cylindrique d'environ cinq centimètres de diamètre, occupant presque la totalité du vagin.

L'état général de la malade est très normal.

20 juin : Le col fait hernie à la vulve d'environ un centimètre au moment des efforts dans la station debout, pendant la marche. Pendant le repos au lit, le col revient dans le vagin.

En attendant une décision opératoire plus lointaine, et dans le but d'atténuer cette hernie, un pessaire rond en ébonite est placé autour du col. Grâce à lui, le col reste en position normale.

La malade éprouve une gêne très atténuée.

15 septembre : La malade revient se faire examiner après avoir passé deux mois à la campagne. Malgré le port du pessaire, le col se trouve de nouveau hors de l'orifice vulvaire. Il est légèrement exulcéré. La malade se plaint vivement de la gêne que lui occasionne cette infirmité : difficulté de la marche, impossibilité d'accomplir ses fonctions conjugales. Elle réclame instamment une intervention qui est aussitôt décidée. Le 18 septembre, M. Plauchu pratique l'amputation du col par le procédé de S.

Deux incisions latérales sont effectuées sur une hauteur d'environ quatre centimètres; sur chacune des lèvres ainsi dessinées, des incisions transversales sont taillées en profondeur, de façon à créer un biseau rentrant. La muqueuse utérine et la muqueuse vaginale sont ensuite affrontées et suturées. Des points de suture au catgut, assez rapprochés, sont placés sur les lèvres des incisions. La seule particularité de cette intervention facile est que, par suite de la vascularisation très grande du col, de nombreuses artérioles sectionnées entraînent une hémorragie importante.

OBSERVATION II

Allongement hypertrophique du col. — Dilatation artificielle. — Incisions du col. — Suites de couches fébriles.

(BENICKE. *Zeitschrift für Gyn. und Geb.*, 1878, p. 232, 266.)

Femme de 28 ans, réglée à l'âge de 13 ans; dit avoir un prolapsus depuis un an et demi; a eu ses dernières règles en août 1876. Bonne santé pendant la grossesse. Le 7 mai 1877 commencent les douleurs. Comme le travail n'avance pas, malgré une incision du col, on l'envoie à l'Institut obstétrical.

Par la vulve faisait saillie un bourrelet rude, rigide, bleu-rouge, de quinze centimètres de circonférence. En avant, il y avait un orifice externe qui admettait un doigt et, en arrière, une ulcération végétante et granuleuse. En introduisant le doigt dans le vagin, on pouvait constater que les parois antérieure et postérieure du vagin étant complètement conservées. Par conséquent, il ne s'agissait que de la portion inférieure du col forte-

ment allongée et normalement enflée maintenant par la grossesse et le travail.

Si l'on introduisait le doigt dans l'orifice, on trouvait à six centimètres, la tête du fœtus dans la partie supérieure du col. La malade, ayant été transportée à l'Institut, on employa un dilateur de Barnes que l'on échangea quelques heures après pour un numéro plus gros. A six heures, on fit une incision au bistouri, à droite, vers l'orifice externe. En même temps, on avait, à cause d'un écoulement mal odorant fait des injections de phénol. La première incision n'ayant servi à rien, on en fit deux autres de chaque côté. Saisissant ensuite la tête avec le forceps, tandis que l'on repoussait de chaque côté les lèvres de l'orifice, on parvint à extraire le fœtus. Les incisions ne s'agrandirent que peu. L'enfant était une petite fille, vivante, bien développée, pesant 3,150 grammes.

L'utérus fut irrigué et les plaies cautérisées avec du phénol. Mais la température s'éleva : des manies se manifestèrent le huitième jour et pour ce motif la malade dut être hospitalisée à la Charité qu'elle quitta par la suite guérie.

OBSERVATION III

Allongement hypertrophique du col. — Dilatation manuelle. — Incisions du col. — Forceps.

(WEISENBERG. *American Journal of Obstetrics*, 1896, p. 380.)

Le 12 décembre 1895, mon ami, le docteur Lanson, me prie de l'assister dans un cas de travail laborieux.

Mrs C., âgée de 22 ans, secondipare, est très épuisée à la suite des très fortes douleurs qu'elle endure depuis vingt-quatre heures.

La palpation abdominale révèle une présentation du sommet. En introduisant mon doigt dans le vagin, je viens au contact d'une tumeur rigide, de quatre pouces et demi de circonférence, et projetée d'un pouce et demi hors du conduit vaginal. Cette tumeur remplit si complètement ce canal que l'introduction de mon doigt dans le vagin est très difficile. La lèvre inférieure

du col est si épaisse que c'est seulement par l'inspection que je peux trouver l'orifice externe.

La dilatation de l'orifice, après vingt-quatre heures de travail, est presque nulle. Néanmoins, j'introduis progressivement mon index aussi loin que possible. Je sens la tête, mais il m'est impossible de reconnaître la poche des eaux. En questionnant la malade, j'apprends que les eaux sont venues dix heures avant.

Pendant ce temps, des douleurs, fortes et expulsives, se sont succédé à peu d'intervalles, mais sans le moindre progrès. Tous mes efforts pour aider la dilatation au moyen des doigts, demeurent sans résultats. Deux heures après mon arrivée et trente-six heures après le commencement du travail, nous décidons de délivrer la patiente presque épuisée.

Le chloroforme est administré et je fais un nouvel effort pour dilater manuellement l'orifice. Je ne suis pas beaucoup plus heureux qu'auparavant, et ne réussis qu'à obtenir une dilatation d'environ trois pouces. Devant mon échec pour arriver à la dilatation complète, je sectionne le col d'environ un pouce de chaque côté. J'introduis le forceps et termine le travail. La surface du col coupé doit avoir trois-quarts de pouce d'épaisseur. En faisant de légères tractions avec mon forceps, tout l'utérus semble suivre. En fait, près de la moitié du corps de l'utérus est projetée hors du vagin.

Avec l'aide du docteur Lanson, qui fait de la contre-pression, j'arrive à extraire l'enfant qui est en état de mort apparente; ce n'est qu'après avoir débarrassé sa bouche et son nez du mucus qui s'y est accumulé qu'il se met à crier. Les suites de couches furent sans incidents.

OBSERVATION IV

Allongement hypertrophique du col. — Accouchement spontané sans intervention. — Déchirure du col.

(SAUVAGE. *Ann. de Gyn. et Obst.*, 1906, p. 732-738.)

Il s'agit d'une femme âgée de quarante-un ans, n'ayant rien présenté de particulier jusqu'à sa seconde grossesse. Ses règles étaient supprimées depuis cinq mois, lorsqu'elle s'aperçut pour

la première fois de l'issue d'un corps dur et charnu à travers la vulve. Cette tumeur se montra d'abord par intermittence, à intervalle de quelques jours; elle finit, par rester constamment hors des organes génitaux pendant les deux derniers mois de la grossesse. Une sage-femme diagnostiqua un prolapsus de l'utérus gravide. Après un travail de quinze heures, l'enfant naquit vivant et à terme. Pendant la suite de couches, le soi-disant prolapsus diminua considérablement et tout se passa sans incidents.

Quinze ans après, nouvelle grossesse. Les règles apparurent pour la dernière fois en novembre 1905. A partir du quatrième mois, la tumeur augmenta et fit une saillie de plus en plus manifeste hors des parties génitales. En même temps, la marche devint gênée et fatigante.

Le 30 août et les jours suivants, on observa que la portion du col saillante à la vulve avait augmenté de volume au point que huit jours avant l'accouchement, elle atteignait cinquante-deux millimètres de long et vingt-deux centimètres de circonférence. Cette hypertrophie était surtout due à une infiltration et à un œdème superficiels qui donnaient à la tumeur une consistance pâteuse.

Le fond de l'utérus était à vingt-neuf centimètres du pubis et il n'y avait toujours pas d'accommodation pelvienne, lorsque les premières contractions utérines douloureuses apparurent le 18 septembre, à 8 heures du matin. A chaque contraction, on voyait les bords éversés de l'orifice utérin se rapprocher, la muqueuse qui les tapissait prendre une coloration pâle et disparaître dans la profondeur du col, en même temps qu'un peu de mucus s'écoulait. A 11 heures, les douleurs se succédant régulièrement, je pratiquais le toucher intra-utérin. Après avoir traversé l'orifice, largement perméable, le doigt pénétrait à frottement dans un canal à parois épaisses et résistantes, et dont la partie supérieure s'évasait en entonnoir; les membranes, tendues par les contractions, étaient accessibles à onze centimètres au-dessus de l'orifice.

Le travail fut long et pénible. Les membranes se déchirèrent à midi. Il fallut vingt heures de douleurs régulières et énergiques pour que le col s'effaçât sous la pression de la tête. Après une période de dilatation de cinq heures, au bout de laquelle l'orifice n'était ouvert qu'à une paume de main, le travail se

termina brusquement et en quelques minutes par l'expulsion d'un enfant vivant, pesant 2.400 grammes.

Après la délivrance, la lèvre antérieure du col, œdématisée, faisait seule saillie hors de la vulve. Le toucher permit de constater l'existence d'une déchirure de la commissure du col, mesurant de quatre à cinq centimètres de long.

Dès le lendemain de l'accouchement, le col qui était remonté dans le vagin pendant le travail, reparut à la vulve. Il y était encore, mais très diminué de volume, lorsque la femme quitta le service un mois après l'accouchement.

OBSERVATION V

**Allongement hypertrophique du col. — Forceps. —
Mort de la femme par infection utérine**

(GRIFFITH. *British Medical Journal*, 1893, p. 428.)

En août 1892, le docteur Jones Moriss m'appela auprès d'une multipare dont le cas lui paraissait semblable à l'un de ceux que nous avions eu l'occasion d'examiner ensemble. La dilatation était bonne; il avait, en conséquence, appliqué le forceps mais n'avait pu faire avancer la tête. Le poulx était bon mais les douleurs faibles. Nous appliquons de nouveau le forceps. Aussitôt les douleurs s'arrêtent. C'était le dimanche soir, le lundi seulement, dans la soirée, les douleurs reviennent avec quelque force. Nouvelle application de forceps et enfin la délivrance après une ennuyeuse et difficile opération. L'enfant est bien constitué. Une infection utérine se déclare et cinq jours après la malade succombe.

OBSERVATION VI

**Allongement hypertrophique du col. — Rupture de l'utérus.
Mort de la femme.**

(GRIFFITH. *British Medical Journal*, 1893, p. 948.)

Appelé auprès de Mrs M..., secondipare, je la trouvai se plaignant de fortes mais irrégulières douleurs lombaires. L'ori-

fice utérin était, à la vulve, mou et livide. Le col, très hypertrophié et allongé, atteignait trois pouces. Les orifices externe et interne, aussi bien que le canal cervical, étaient si mous que je n'eus aucune difficulté à introduire mon doigt et à sentir la présentation au-dessus.

Il n'y avait pas de rupture de membranes. Aussi je quittai la maison en prescrivant du repos, de l'opium et des purgatifs. Je ne fus rappelé que sept jours après et, en mon absence, mon assistant se rendit auprès de la malade et y passa la nuit. Vers midi on m'envoya chercher, le travail ne faisant aucun progrès. La malade avait eu pendant toute la nuit des douleurs peu intenses qui venaient de s'arrêter ; elle paraissait très affaiblie.

A mon arrivée, je constatai une rupture de l'utérus et je voulus pratiquer l'opération de Porro. Dans ce but je prévins mon ami et élève, le docteur Jones Moriss et lui demandai de m'assister. Mais le mari refusa son consentement, bien que nous eussions répondu du succès de l'opération, car c'était la seule chance qu'il nous restait de sauver la pauvre femme. Elle mourut en effet dix-huit heures environ après que la rupture se fut produite.

OBSERVATION VII

Allongement hypertrophique du col. — Enfant mort. — Craniotomie.

(ROPER. *American Journal of Obstetrics*, 1896, p. 35-42.)

Trente heures de travail avant l'arrivée du médecin. L'obstruction est à l'orifice interne du col ; la portion inférieure du col est assez dilatée pour admettre la main et atteint la vulve.

Après de grandes difficultés, l'orifice interne se dilate suffisamment pour que l'enfant, mort, puisse être extrait après craniotomie.

CONCLUSIONS

I. — La grossesse est rarement observée chez les femmes affligées d'un allongement hypertrophique du col de l'utérus. Nous n'avons pu réunir que 17 observations détaillées et 16 autres mentionnées.

II. — Le pronostic qui découle de l'analyse de ces observations anciennes pour la plupart serait essentiellement sombre : 4 morts de femme et 6 morts d'enfant sur 17 cas.

III. — Mais nous croyons que ce pronostic peut être considérablement amélioré par une conduite particulière du travail, à la base de laquelle nous plaçons :

a) une expectative prolongée ;

b) à la fin de cette période d'attente, des incisions localisées à la portion fibreuse et non dilatable du col arrivé à son maximum d'effacement ;

c) après les incisions, une nouvelle période d'expectative aboutissant presque toujours à un accouchement spontané ou à une intervention simple.

IV. — Cette conduite nous a été extrêmement favorable dans le cas que nous avons eu l'occasion d'observer.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

VU : COMMANDEUR

LE DOYEN :

JEAN LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 12 novembre 1921.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,

P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVARD. — *Traité pratique d'accouchements*.
- BALOCCHI. — *Trattato di ostetricia*, 1871, p. 500 (d'après Misrachi, *Archives de tocologie*, 1889, p. 101).
- BENICKE. — Dystocie dans les parties molles (*Zeitschrift für Gynecologie und Geburt*, 1878, p. 232, 266).
- BONI. — *Bolletino della Societa toscana di ostetricia*, janvier-février 1902.
- BUDIN et DEMELIN. — *Manuel des accouchements*.
- CHARPENTIER. — *Traité pratique des accouchements*.
- CLEVELAND. — A case of pregnancy with elongated, hypertrophic and ulcerated cervix (*American journal of obstetries*, février 1877).
- COMMANDEUR et BAR. — *Pratique de l'art des accouchements*.
- DEMÉTRIADES. — Contribution à l'étude de l'hypertrophie sous-vaginale du col de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1892-93).
- DUCASSE. — De la conception, de la grossesse et de l'accouchement après la trachélorraphie et l'amputation du col de l'utérus (*Thèse de Paris*, 1888-89).
- DUMONT. — (*Thèse de Paris*, 1830).
- HAMMOND. — Hypertrophic elongation of the infravaginal portion of the cervix (*New-York Medical Journal*, 1906, p. 651).
- FABRE. — *Précis d'obstétrique*.

- FRITSCH. — *Traité clinique des opérations obstétricales* (traduction française, Paris, 1892, p. 215).
- FLEISCHMANN. — *Central Blätter für Gynecologie*, 1885, p. 829.
- GUENIOT. — De l'allongement œdémateux avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement (*Archives générales de médecine*, 1872).
- GRIFFITH. — Hypertrophic elongation of the cervix as cause of obstructed labour (*British medical journal*, London, 1893, p. 948).
- HOWITZ. — Congrès de Copenhague (*Central Blatter für Gynecologie*, 1884, p. 563).
- HUGUIER. — L'allongement hypertrophique du col de l'utérus (*Mémoires de l'Académie de Médecine*, 1859, tome XXIII).
- MISRACHI. — Allongement aigu avec prolapsus du col utérin pendant la grossesse et l'accouchement (*Archives de toxicologie*, 1889, p. 26).
- MORGAGNI. — *De sedibus et causis morborum*. (Traduction de A. Désormeaux et J.-P. Destouet, Paris: Caillé et Ravier, 1820-1824).
- PICHEVIN. — A propos de l'allongement hypertrophique du col (*Semaine gynécologique*, Paris, 1906, p. 201).
- PILLIET et POTOCKI. — L'allongement hypertrophique du col utérin. Sa pathogénie (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1896, p. 385-388).
- POTOCKI. — L'amputation du col pendant la grossesse dans le cas d'allongement hypertrophique du col (*Annales de gynécologie et d'obstétrique*, Paris, 1906, p. 709-731).
- PODOBODOFF. — Contribution à l'étude des résultats éloignés de l'opération de Schroeder (*Thèse de Paris*, 1894-1895).
- PRIESTLEY. — Congrès de Copenhague (*Central Blatter für Gynecologie*, 1884, p. 563).
- RIBEMONT, DESSAIGNES et G. LEPÀGE. — *Manuel d'accouchements*, p. 738).

- RIBEMONT-DESSAIGNES. — Société d'obstétrique, de gynécologie et pédiatrie de Paris (Séance du 11 juillet 1904).
- SAUVAGE. — L'allongement hypertrophique du col pendant la grossesse (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, 1906 p. 732-738).
- SMITH. — A case of hypertrophic elongation of infravaginal portion of the cervix uteri complicating pregnancy and obstructing labor (*American journal of obstetrics*, New-York, 1897, p. 35-42).
- An other case of hypertrophic elongation of cervix uteri (*American journal of obstetrics*, New-York, 1897, p. 94).
- TARNIER. — L'hypertrophie du col de l'utérus (*Journal des Sages-Femmes*, Paris, 1897, p. 273-275).
- TARNIER, BUDIN et CHANTREUIL. — *Traité de l'art des accouchements*, tome II, p. 221).
- VENTUEJOL. — Du rôle des hypertrophies du col de l'utérus dans l'accouchement (*Courrier Médical*, Paris, 1894, p. 81).
- WEISENBERG. — An other case of hypertrophy of the cervix complicating labor (*American journal of obstetrics*, New-York, 1896, p. 380-382).
- WELLS. — Hypertrophy of the cervix complicating labor (*American journal of obstetrics*, New-York, 1896, p. 28).
-

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — Symptômes. Diagnostic. Pathogénie ..	11
CHAPITRE II. — La gestation et l'accouchement	23
CHAPITRE III. — Traitement	31
CHAPITRE IV. — Observations	35
Conclusions	45
Bibliographie	47
